



0 - Traumatismo craneoencefálico leve, ¿Cuándo realizar TC? Revisión bibliográfica y propuesta de protocolo MAPAC

D. Garrido Alonso, L. Rodríguez Gijón, M.J. Simón Merlo, Á. Díez Tascón, M. Martí de Gracia y G. Garzón Moll

Grupo de Trabajo MAPAC (PI13/01183 y PI13/00896), Hospital Universitario La Paz, en colaboración con Hospital de Cruces (Bilbao) y Hospital Ramón y Cajal (Madrid), Madrid, España.

Resumen

Objetivos: Optimizar las indicaciones de TC craneal en paciente con traumatismo craneoencefálico leve (TCE leve) (Glasgow 14-15). Mejorar el empleo de radiaciones ionizantes en urgencias. Facilitar la decisión clínica para pedir un TC.

Material y métodos: Se revisa la bibliografía disponible en la red informática médica (PubMed y MesH) y se obtienen artículos con buscador Access de las bases de datos UpToDate, Dynamed y BestPractice desde septiembre de 2014 hasta marzo del 2015. Se descartan aquellos cuya búsqueda no se ajusta a nuestro ámbito (niños, pacientes no urgentes...) y seleccionamos los relacionados con guías de práctica clínica (GPC).

Resultados: Son 25 que apuntan a 3 GPC: Canadian Head CT Rule (CHCR 2000), New Orleans Rule (NOR 2001) (avaladas por numerosos estudios que comprueban su validez interna y externa) y la American College of Emergency Physicians (ACEP) 2008, que incorpora situaciones adicionales y menos validaciones.

Conclusiones: Aunque las GPC (CHCR y NOR) han demostrado ser robustas, proponemos un algoritmo basado en normas de la ACEP modificadas, incluyendo antiagregación como factor de riesgo para conseguir mejor adherencia al protocolo. TCE. ¿pérdida de conciencia o amnesia del episodio?: A. Si: Glasgow 15. Déficit neurológico focal. Coagulopatía, anticoagulación o antiagregación. > 60 años. Intoxicación. Vómitos. Cefalea. Convulsión. Amnesia anterógrada. Traumatismo en cabeza-cuello evidente. B. No: Cefalea grave. > 65 años. Mecanismo peligroso: Eyección de vehículo. Atropello. c. Precipitación > 0,9 metros o 5 pasos.